

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE LA
PSEUDO-TUBERCULOSE
D'ORIGINE PALUDÉENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES DUBA

Né le 25 avril 1868, à Tripoli (Syrie)

Chargé du Dispensaire Français Saint-François-Régis, Homs (Syrie)

Médaille d'honneur du Gouvernement français (choléra 1890) Tripoli (Syrie)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1894

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE LA
PSEUDO-TUBERCULOSE
D'ORIGINE PALUDÉENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES DUBA

Né le 25 avril 1868, à Tripoli (Syrie)

Chargé du Dispensaire Français Saint-François-Régis, Homs (Syrie)

Médaille d'honneur du Gouvernement français (choléra 1890) Tripoli (Syrie)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. ROQUE et DEVIC Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE
LE SULTAN ABD-UL-HAMID KHAN

NOTRE VÉNÉRÉ SOUVERAIN

HOMMAGE RESPECTUEUX DE SON FIDÈLE SUJET

CHARLES DUBA

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

AMOUR ET RESPECT

A MES FRÈRES

RECONNAISSANCE ÉTERNELLE

A MES SŒURS

ATTACHEMENT SPÉCIAL

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

D^r Pierre HABCHY, etc.

A MES AMIS

Boutros A. CHEKRALLAH, Pharmacien, etc.

INTRODUCTION

Au cours de nos études, dans les services hospitaliers de Beyrouth et pendant notre pratique médicale à la clinique de Saint François Régis, dispensaire français de Homs (Syrie), il nous a été donné d'observer de nombreux cas de paludisme. Parmi les complications de l'infection tellurique, la fréquence des localisations pulmonaires a tout particulièrement attiré notre attention. Nous avons constaté, dans cet ordre de symptômes, tout ce que les auteurs ont écrit à ce sujet : nous avons vu les bronchites, chroniques et aiguës, les pneumonies, congestions, etc... Toutefois, il est une manifestation pulmonaire de la fièvre intermittente, qui nous a paru ignorée, ou tout au moins à peine entrevue.

Nous avons rencontré dans notre pratique des malades très affaiblis, maigrissant de jour en jour, toussant, cra-

chant et condamnés par plusieurs de nos collègues, comme porteurs de lésions tuberculeuses. En présence de ces malheureux, nous basant sur la fréquence des lésions pulmonaires au cours de la fièvre miasmatique, nous pensâmes que nous étions peut-être en présence d'une forme un peu spéciale de ces lésions. Il nous semblait que l'intoxication tellurique pouvait bien au même titre que la grippe, non seulement provoquer les déterminations bronchiques déjà bien connues, mais encore, comme cette affection, simuler une tuberculose en frappant seulement les sommets, et donner lieu à des erreurs de diagnostic, surtout des pronostic nuisibles au malade et au médecin.

Partant de cette idée, nous avons établi d'emblée le traitement spécifique, persuadé qu'en combattant l'affection générale nous enrayerions la marche locale : nos prévisions se sont réalisées. Les soi-disants tuberculeux après un traitement sérieusement poursuivi, ont vu leurs symptômes s'amender, puis disparaître. Ils sont partis guéris de leur lésion, que nous considérons dès aujourd'hui comme une pseudo-tuberculose d'origine palustre.

En parcourant la littérature médicale, n'ayant rencontré aucun travail approfondi sur ce cas particulier, nous avons pensé qu'il serait utile de faire connaître nos observations personnelles, les réflexions qu'elles nous ont inspirées et les conclusions que nous en avons tirées.

Nous ne parlerons point du paludisme en général : l'étude de son étiologie, de ses symptômes, de ses mani-

festations protéiques, nous entraînerait trop loin et sortirait du cadre que nous nous sommes tracé. Nous voulons simplement, en quelques pages purement cliniques, établir l'existence de cette localisation de la fièvre tellurique dans les sommets, la décrire avec ses caractères et la distinguer de la tuberculose vraie.

Nous avons divisé cette étude en cinq parties :

Dans un premier chapitre, nous passons rapidement en revue les principaux travaux publiés sur les manifestations pulmonaires de la fièvre palustre.

Dans le second, nous donnons les observations personnelles que nous avons recueillies, et celle que M. le professeur J. Teissier a bien voulu nous confier.

Résumant ces observations, les commentant, nous établissons un type clinique, dont la description comprend notre troisième partie.

En quatrième lieu, nous établissons le diagnostic de la pseudo-tuberculose d'origine paludéenne d'avec la tuberculose vraie et les autres affections pulmonaires relevant de la fièvre intermittente. Nous sommes amené à donner, telle que nous la concevons, la pathogénie de l'affection.

Enfin, nous consacrons notre cinquième et dernier chapitre au pronostic et au traitement de la maladie.

Mais, avant de commencer ce travail, qu'il nous soit permis de remercier du fond du cœur tous ceux qui nous ont soutenu dans le rude sentier de l'étude, parmi lesquels nous plaçons au premier rang nos maîtres de la

Faculté française de médecine de Beyrouth. Nous exprimons tout particulièrement nos sentiments de gratitude à M. le professeur B. Boyer, de Beyrouth. Nous avons toujours trouvé en lui, non seulement un excellent maître, plein de dévouement, mais encore un sage conseiller et un ami fidèle : nous ne saurions jamais l'oublier.

Dès notre arrivée en France, l'accueil que nous avons rencontré à la Faculté de médecine de Lyon nous a bien vivement touché. M. le professeur Lortet, doyen de la Faculté, n'a cessé de nous témoigner sa bienveillance tant par ses encouragements lors de sa dernière inspection aux examens de la Faculté de Beyrouth que par l'autorisation qu'il nous fit obtenir de soutenir notre thèse en France devant la Faculté de Lyon : nous le prions de recevoir l'expression de nos respectueux remerciements.

Mais c'est surtout à M. le professeur J. Teissier, médecin de l'Hôtel-Dieu, que nous tenons à exprimer l'hommage de notre sincère reconnaissance. Nous avons trouvé auprès de ce savant maître, qui nous a largement ouvert la porte de son service et prouvé à plusieurs reprises sa haute bienveillance, un enseignement clinique dont nous sommes heureux d'avoir pu profiter. En acceptant la présidence de cette thèse, il nous a donné encore un témoignage de sa sollicitude : c'est pour nous un devoir bien doux de l'assurer aujourd'hui publiquement de notre constante et sérieuse gratitude.

Nous n'aurions garde d'oublier en terminant M. le

Dr Fraënkel pour ses préparations bactériologiques, M. Jean Artaud, interne des hôpitaux pour les indications qu'il a pu nous fournir, et M. Duthu, externe des hôpitaux, qui a bien voulu suivre quotidiennement la malade dont M. le professeur Teissier nous a communiqué l'observation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE LA
PSEUDO-TUBERCULOSE
D'ORIGINE PALUDÉENNE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Depuis longtemps déjà, les complications pulmonaires de la fièvre intermittente avaient été remarquées par les observateurs. Frank, dans son ouvrage, rapporte qu'Hippocrate constatait chez les individus tremblant la fièvre des marécages, une toux fréquente et de la gêne pour respirer. Mais il se borne simplement à la constatation du fait, sans en donner aucune explication. Il faut franchir plusieurs siècles, entrevoir à peine la question avec Harvey, et arriver jusqu'à notre époque pour la voir de nouveau mise à l'ordre du jour.

En 1822, Broussais publiait son *Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques*, et consacrait dans cet ouvrage un long chapitre aux complications pulmonaires de la malaria. Il s'étonne que les auteurs qui ont

traité *ex professo* de la fièvre intermittente, aient accordé si peu d'attention aux localisations si fréquentes cependant de la maladie sur les voies respiratoires.

Sur dix malades, dit-il, ayant présenté les signes de la fièvre tellurique et conservant cette cachexie spéciale caractérisée par la pâleur jaunâtre des téguments, l'anguissement général et la bouffissure, un seul à peine était exempt de catarrhe chronique. Pour Broussais, cette langueur suivie d'amaigrissement, de lassitude générale, résidait plus encore dans la lésion du parenchyme pulmonaire que dans la cause même de la fièvre intermittente.

Mais laissons-lui la parole : « Ayant examiné une foule de malades au moment de l'invasion de l'accès dans l'époque du froid, j'ai toujours remarqué qu'ils avaient tous une petite toux, depuis que j'ai fait cette observation, j'ai conçu qu'il fallait avoir les poumons bien robustes pour n'être pas enrhumé par la fièvre quand elle se répète souvent; et l'expérience m'a convaincu que presque tous les fébricitants s'enrhumaient durant la saison froide.

« Le frisson de la fièvre intermittente a sur le poumon le même effet que le frisson produit par l'impression de l'air froid ou de l'eau froide... De même que le froid affecte plus souvent le poumon, comme étant le plus faible des vicaires de la peau, ainsi le frisson fébrile enrhumé plus souvent qu'il ne procure une gastrite, une diarrhée, une péritonite, à moins que quelques circonstances particulières ne prédispose à ces maladies. »

On le voit, Broussais avait déjà bien observé la localisation pulmonaire, et non seulement il la considérait comme la complication peut-être la plus fréquente de la fièvre miasmatique, mais aussi la plus redoutable. Il ne

concevait pas dans son esprit une localisation toute particulière de la maladie sur le poumon : il admettait que la complication pulmonaire était un accident dû au refroidissement occasionné par le frisson. Ce frisson agirait sur la peau en faisant refluer le liquide sanguin de la périphérie au centre et amenant la congestion du poumon tout comme pouvait le faire l'eau froide ou le courant d'air.

Plus loin, toujours dans le même ouvrage, insistant encore sur les lésions pulmonaires rencontrées dans plusieurs autopsies, Broussais écrit les lignes suivantes : « C'est particulièrement à Bruges que j'ai rencontré des catarrhes chroniques, suites de fièvre intermittente, terminés par la mort et sans aucun autre désordre qu'une induration du parenchyme ou une exsudation de la plèvre. J'en ai ouvert sept dans ce cas qui moururent peu de jours après que j'eus pris le service. Je ne puis dire autre chose sur leur compte, sinon :

« 1° Qu'ils avaient eu plusieurs rechutes de fièvre intermittente, que toujours on avait combattu par de fortes doses du grand fébrifuge ;

« 2° Qu'ils n'avaient plus de fièvre depuis un certain temps, comme quinze jours, un mois, etc. ;

« 3° Qu'ils avaient la toux sèche, nocturne, avec le teint paille et une légère bouffissure ;

« 4° Qu'une moitié périt subitement et sans fièvre ; et l'autre dans une exaspération violente... ;

« 5° Que l'autopsie me démontra toujours : induration du parenchyme, et beaucoup moins régulièrement inflammation et exsudation de la plèvre ;

« 6° Qu'aucun n'avait de tubercule ;

« 7° Que le bas-ventre ne me présenta qu'une augmen-

tation du volume de la rate, qui n'était pas constant; quelquefois de la sérosité dans le péritoine. »

Les règles posées par Broussais d'après ce qu'il recueillit dans ses autopsies confirment en grande partie ce que nous avons pu constater par nos observations personnelles. Malheureusement, ou plutôt heureusement pour le pronostic de l'affection que nous décrivons, les lésions pulmonaires pseudo-tuberculeuses ont toujours cédé devant le traitement spécifique. Les malades qui font le sujet de nos observations ont tous parfaitement guéri. Il eût fallu, pour avoir une notion exacte des modifications apportées dans les sommets par les signes constatés, une mort survenue en pleine évolution de ces phénomènes. Nous ne pouvons, à notre très grand regret, confirmer par des examens nécroscopiques ce que la clinique nous a permis d'établir.

Tous nos malades étaient paludiques depuis déjà de longues années, sujets aux accès de la fièvre tellurique, et tous avaient absorbé des quantités considérables de quinine « du grand fébrifuge, comme disait Broussais ».

Chez tous, la malaria avait perdu ses caractères pathognomoniques; depuis déjà longtemps, les accès ne revenaient plus à époque fixe avec leurs trois stades si nets : frisson, chaleur, sueurs, la température affectait souvent le type inverse. Elle semblait due plutôt à une lésion organique qu'à une affection générale. Sans aucune exception, nos malades étaient secoués par une toux sèche, sauf un cas (observ. II), survenant surtout la nuit et coïncidant toujours avec un très mauvais état général et un amaigrissement considérable. La teinte jaune terreuse des téguments, la décoloration des muqueuses, l'albuminurie

constante, joints aux autres symptômes signalés plus haut avaient fait porter par les médecins de la région le *diagnostic de tuberculose pulmonaire*.

De Broussais, il nous faut passer au travail de Heschl paru en 1850, au mémoire très important de Lancereaux publié en 1871, dans lesquels ces deux auteurs décrivent en grands détails la sclérose pulmonaire survenant au cours de l'impaludisme.

Mais le travail, de beaucoup le plus complet, traitant la question à fond, est la thèse inaugurale de M. le professeur Grasset, qui remonte à 1873. Dans son *Etude clinique sur les affections chroniques des voies respiratoires d'origine paludéenne*, M. Grasset passe en revue toutes les lésions que provoque l'impaludisme dans le poumon. Il démontre que dans le cours des fièvres intermittentes, on peut observer des bronchites aiguës pouvant disparaître ou passer à la chronicité ; des bronchites s'établissant chroniques d'emblée ; la pneumonie chronique. Il constate les symptômes de ces diverses lésions occupant l'étendue tout entière du poumon, ou siégeant plus particulièrement aux bases. Mais il ne parle pas de la localisation des signes pulmonaires aux sommets pouvant donner l'illusion de la tuberculose.

En 1880, Dumeige dans sa thèse inaugurale *De la congestion pulmonaire d'origine paludéenne*, établit qu'il existe dans le cours de la malaria des congestions qui comprennent toute l'étendue du parenchyme pulmonaire.

Dans la *Gazette des hôpitaux* de 1881, Bax publie un article sur le même sujet qui n'est guère que la reproduction de la thèse de Dumeige. Ni l'un ni l'autre ne songent à examiner plus spécialement les sommets.

Dans ses leçons cliniques (1886), M. le professeur Jaccoud signale un cas de fièvre intermittente accompagnée de pneumonie, ce sujet n'ayant que des rapports fort éloignés avec le nôtre, nous le citons simplement pour mémoire.

Dans ces derniers temps, les auteurs se sont surtout occupés d'étudier les rapports qui pouvaient exister entre la tuberculose et la fièvre tellurique.

M. le Dr de Brun, de Beyrouth, dans un article paru en 1888, dans la *Semaine médicale* constate un fait des plus intéressants. La fièvre intermittente semble diminuer dans de notables proportions au fur et à mesure que l'assainissement de Beyrouth progresse; par contre la tuberculose serait plus fréquente. Jusque là, rien n'est extraordinaire. Mais ce qui paraît surprenant, c'est de voir comme l'écrit M. de Brun que dans l'intérieur de la ville la classe pauvre est surtout affectée d'impaludisme, à l'exception de la race noire, la phtisie portant au contraire ses ravages de préférence sur la classe aisée.

Dans une thèse soutenue à Lyon en 1891, M. le Dr Martin, d'après de nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Constantine, conclut à la coïncidence fréquente de la tuberculose et de l'impaludisme. Pour lui, cette coïncidence ne serait point l'œuvre du hasard. Les désordres produits dans l'organisme par l'hématozoaire de Laveran seraient une des causes les meilleures de prédisposition à l'invasion tuberculeuse; ils prépareraient le terrain et favoriseraient l'éclosion et le développement du bacille de Koch.

M. Catrin, dans un récent ouvrage sur le *Paludisme chronique*, consacre un long chapitre aux complications

pulmonaires de cette affection. Il cite l'opinion de Grail qui se rapproche beaucoup des idées que nous soutenons ici. Grail a observé une pseudo-tuberculose dans laquelle il constate une toux sèche à caractères quinteux s'accompagnant d'insomnie, de transpiration nocturne et d'élévation vespérale de la température; un amaigrissement progressif vient encore compliquer ces symptômes. A l'auscultation, la respiration serait rude et des craquements se percevraient soit aux sommets, soit et surtout aux bases. Grail explique ces phénomènes par une propagation de la périsplénite et de la périhépatite, d'où la plus grande fréquence des bruits anormaux dans les régions les plus inférieures des poumons.

De l'examen de ces différents ouvrages, on peut voir que la question des localisations pulmonaires de la fièvre intermittente a été bien étudiée. Il semble difficile de prime abord d'ajouter encore un chapitre à tout ce que les auteurs ont écrit sur ce sujet. Toutefois, il nous semble que le sujet que nous avons choisi : *Contribution à l'étude clinique de la pseudo-tuberculose d'origine palustre*, n'a point encore été complètement traité.

Sans vouloir décrire ici une affection nouvelle, nous désirons simplement mettre en lumière une forme clinique de la malaria, rare peut-être mais dont la connaissance dans un certain nombre de cas pourra éviter bien des erreurs et éloigner bien des déboires.

Nous regrettons que le manque de laboratoire et la très grande difficulté des examens bactériologiques inhérent aux modiques ressources et à l'installation primitive de l'établissement médical qui nous était confié, ne nous ait pas permis une confirmation plus scientifique. Nos obser-

vations sont uniquement basées sur la clinique. Nous nous sommes efforcé de suivre le mieux possible l'évolution de ces phénomènes qui nous ont paru dignes d'intérêt, et nous avons la conviction que les visites quotidiennes de nos malades nous ont permis d'étudier avec soin la marche de l'affection. Aussi, c'est sans prétention aucune, mais avec la ferme persuasion d'avoir agi consciencieusement, que nous abordons aujourd'hui le sujet de notre travail.

CHAPITRE II

Observations ¹

OBSERVATION I (personnelle).

Le 20 janvier 1892, une jeune femme nommée *Salhiée*, âgée de vingt-huit ans, habitant le petit village de *Cara* venait me consulter à la clinique du dispensaires de *Homs*.

Le père et la mère de la malade sont vivants et en bonne santé tous deux sont paludéens. Deux frères bien portants; une sœur morte d'affection indéterminée.

Réglée à douze ans, les époques menstruelles ont été toujours régulières jusqu'à ces derniers temps. La malade est mariée, son mari et est en excellente santé ainsi que son enfant, le seul qu'elle ait jamais eu. On ne relève pas de maladies graves dans l'enfance; l'état général a toujours été satisfaisant, pas de syphilis. Il y a six ans, la malade avait alors vingt-deux ans, contracte les fièvres palustres, l'affection fut très grave. Les accès pendant une année revenaient à intervalle régulier avec une intensité extrême; la quinine, les toniques, en un mot le traitement habituel demeurait impuissant à les enrayer. L'affaiblissement progres-

¹ Nos observations se rapportant à des Musulmans, l'alcoolisme ne peut être soupçonné.

sait et la malade dépérissait de jour en jour quand elle changea de climat; en même temps elle devint enceinte, c'était sa première grossesse. Contrairement à toutes les prévisions, elle supporta admirablement son nouvel état; l'accouchement se fit sans difficulté et elle put nourrir son enfant. Les accès fébriles s'espacèrent peu à peu, puis disparurent complètement. Quelques mois après, elle prend consécutivement la dothiéntérie et la variole, elle résiste bien à ces deux affections dont elle se remet parfaitement. Depuis sa santé est excellente.

Depuis une quinzaine de jours, sans cause appréciable, la malade se sent mal en train, elle a une hémoptysie, puis se met à tousser beaucoup et à cracher. L'état général s'altère, l'appétit diminue et un amaigrissement considérable s'établit. Fréquemment après les repas surviennent des vomissements alimentaires provoqués par la toux. Les nuits sont agitées; le sommeil coupé par des transpirations abondantes obligeant la malade à changer plusieurs fois de linges. Une lassitude générale, extrême, l'empêche de vaquer à ses occupations habituelles.

C'est dans cet état que je suis appelé à lui donner mes soins.

Le teint est pâle, terreux, les yeux cernés et brillants, les muqueuses labiale et gingivale décolorées, cependant les conjonctives ne présentent point de coloration subictérique. La malade est très maigre; elle se plaint de nombreux points erratiques courant dans tout le thorax et de quelques douleurs intercostales réveillées par la pression. Au moindre mouvement survient une dyspnée gênante bien que légère; la voix est très voilée.

Du côté du tube digestif je constate que la langue est blanchâtre, l'haleine n'est pas fétide, l'appétit est très diminué, les digestions sont lentes et difficiles. Pas de dilatation stomacale, l'abdomen est souple, aucune météorisation; constipation habituelle. Le foie déborde les fausses côtes de quatre travers de doigt, il n'est douloureux ni spontanément, ni à la pression,

La matité splénique occupe dans l'hypocondre gauche une étendue de 10 centimètres.

Cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace intercostal, les battements un peu faibles sont réguliers. L'auscultation ne

révèle aucun bruit anormal. Pas de souffle dans les vaisseaux du cou, le pouls est bien soutenu.

Poumons. — En arrière des deux côtés, dans les fosses sus-épineuses, submatité très accentuée; résistance sous le doigt, augmentation sensible des vibrations thoraciques avec bronchophonie. La respiration est rude; elle s'accompagne de râles sous-érépitants et de craquements, à gauche on perçoit un souffle inspiratoire, avec un léger frottement,

En avant, sous les clavicules, les signes sont beaucoup moins accentués; pas de bruit de pot fêlé.

Dans tout le reste du poumon quelques ronchus sonores.

La toux sèche est extrêmement fréquente; elle augmente surtout la nuit et prend alors un caractère quinteux, la malade crache peu.

La température le matin est de 37°,5; le soir 38°.

Urine jaune foncée, réaction acide, dépôt de phosphate, point d'albumine.

En présence de ces différents signes j'étais tout d'abord porté à admettre une tuberculose pulmonaire, même au deuxième degré, et à me ranger ainsi au diagnostic déjà porté par d'autres médecins. Mais l'existence antérieure des accès palustres, la teinte terreuse du visage, les dimensions anormales du foie et de la rate me faisaient hésiter et je songeais à une forme particulière de la fièvre tellurique simulant la tuberculose. Toutefois je portai un pronostic grave. Dans le doute, j'instituai un traitement mixte, je prescrivis des toniques : huile de foie de morue, vin de quinquina. Je donnai à l'intérieur de l'iodoforme, de l'arséniate de soude, de la créosote comme antituberculeux. Enfin j'ordonnai le traitement ordinaire des fièvres intermittentes (sulfate de cinchonidine, 1 gramme par jour).

Au bout de vingt jours un mieux sensible s'était produit dans l'état général de la malade. L'amaigrissement s'était arrêté, l'appétit revenait, l'alguessement disparaissait. Je remplace l'huile de foie de morue, l'arséniate de soude et l'iodoforme, par la liqueur de Fowler. Mais des phénomènes d'intolérance stomacale m'obligent à cesser au bout de deux jours l'emploi de ce médicament. En

même temps, je suspends la créosote, et ne laisse comme tout remède que le quinquina et 1 gr. 50 de sulfate de cinchonidine par jour.

Quinze jours après je relève des modifications profondes dans l'état de ma malade, les forces reviennent, de bonnes couleurs tendent à remplacer la teinte anémique des téguments, la langue se dépouille, les aliments sont bien tolérés, et les digestions faciles. La nuit la toux a notablement diminué, la malade peut reposer. Les transpirations sont à peine sensibles, il n'y a plus traces de points erratiques, tout phénomène dyspnéique a cessé. Aux poumons la submatité persiste aux sommets, les vibrations thoraciques sont un peu moins augmentées, les craquements ont diminué, il ne reste plus trace du souffle et des frottements.

La température oscille entre 38 degrés le soir et 37°,5 le matin. Devant la persistance de cette légère pyrexie vespérale, j'administre 1 gramme d'antipyrine, le soir, très rapidement le thermomètre descend à 37°,4 le soir et 36°,2 le matin.

Pendant soixante-quinze jours la malade poursuit docilement son traitement; au bout de ce temps, je constate chez elle les signes suivants :

L'état général est redevenu excellent, la malade a repris complètement ses couleurs, son appétit, son embompoint, sa gaieté : elle peut sans aucune lassitude vaquer aux soins de son ménage. La langue humide et rosée, indique des digestions faciles et un bon fonctionnement intestinal.

La glande hépatique a repris ses dimensions normales.

La matité splénique occupe encore une étendue de quatre travers de doigt.

Les époques menstruelles qui s'étaient arrêtées au début de l'affection sont revenues ce mois-ci.

Le cœur bat avec plus d'énergie.

Aux poumons la submatité a disparu ainsi que l'augmentation des vibrations thoraciques et la bronchophonie. Plus de râles ni de craquements. L'inspiration et l'expiration ne présentent aucune obscurité. La toux a complètement cessé.

Devant ce parfait état général, je supprime tout traitement et je conseille seulement l'usage du lait et une bonne hygiène.

J'ai eu l'occasion de revoir la malade un an plus tard, la guérison s'était maintenue et l'examen que j'eus l'occasion de faire de ses voies respiratoires me montra qu'elles étaient restées en parfait état.

OBSERVATION II (personnelle).

Le 14 mars 1893, le nommé *Tannons*, habitant *Attiné*, et âgé de dix-huit ans, vient me consulter pour une toux opiniâtre dont il ne peut se débarrasser depuis plus de quatre mois.

Sa mère succomba jeune encore dans un accès de fièvre qui ne dura, dit-il, seulement vingt-quatre heures. C'était probablement un accès pernicieux ; des cas analogues sont d'ailleurs fréquemment observés dans le pays qu'elle habitait. Son père bien que paludéen jouit d'une bonne santé. Il a toujours été fils unique.

A six ans il contractait les fièvres intermittentes dont il ne put se débarrasser qu'au bout de plusieurs années sous l'influence d'un traitement approprié ; il ne se remet jamais complètement et présente encore de temps à autre quelques accès pendant son adolescence. Pas de syphilis ni de rhumatisme.

Il y a quatre mois il remarqua qu'il maigrissait beaucoup, que son appétit diminuait. Les nuits étaient agitées ; le sommeil troublé par des cauchemars ; il se réveillait souvent trempé de sueurs. Le matin la tête était lourde et durant toute la journée il ressentait un grand abattement. Les digestions étaient devenues difficiles ; quelquefois vomissements alimentaires. Il existe depuis déjà longtemps un trouble intestinal, diarrhée habituelle qui aurait sensiblement augmenté ces derniers temps (deux à trois selles le jour, cinq à six la nuit), vertiges fréquents, bourdonnements d'oreilles, quelques troubles visuels, pas de phénomènes psychiques. Enfin, ce qui le tourmente le plus, c'est une toux persistante, sèche, quinteuse, avec rejet de crachats peu abondants, mélangés d'air, sans hémoptysie.

Lorsque je le vis pour la première fois, l'état de ce jeune homme

était grave : Amaigrissement considérable, teinte jaune terreuse des téguments, pâleur des muqueuses et coloration subictérique des conjonctives. Apathie extrême, langueur, aucune réaction. Les doigts sont en massue, hypocratiques.

La langue est saburrale, ne gardant pas les empreintes dentaires, anorexie, dégoût des aliments, digestion lente et difficile, éructations nombreuses après le repas, sans caractère d'acidité, très rarement vomissements ; borborygmes et gaz intestinaux très abondants. L'estomac dilaté, un peu de clapotement par la palpation bimanuelle, et succussion. Les anses intestinales sont dilatées, tympanisme abdominal. Diarrhée glaireuse, souvent striée de sang ; légère irritation de l'orifice anal et de la marge de l'anus. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Le foie déborde les fausses côtes de trois à quatre travers de doigt, il n'est pas douloureux.

La matité splénique occupe une étendue de 10 à 12 centimètres.

Cœur. — Pointe dans cinquième espace intercostal, battements réguliers ; pas de bruit anormal à la pointe. A la base, souffle mésosystolique, doux, rythmé par la respiration, qui n'a aucun caractère organique, très rarement palpitations ne survenant qu'à la suite de violents efforts, pouls régulier, un peu faible.

Poumons. — En arrière : aux deux sommets submatité, avec légère résistance sous le doigt ; augmentation des vibrations thoraciques et bronchophonie. La respiration est rude, saccadée, nettement soufflante. Quelques craquements à la fin de l'inspiration, Les bases sont saines.

En avant, sous les clavicules, on perçoit une respiration rude et soufflante, accompagnée de râles humides et d'augmentation des vibrations thoraciques.

La toux est fréquente, elle survient surtout la nuit, sèche, quinteuse, se montrant par accès, les crachats sont bien aérés, et n'ont jamais été striés de sang. Pas de points erratiques, ni de névralgie intercostale.

Température : 39° le soir ; 38° le matin.

Urine. — Dépôt phosphatique abondant, disque épais d'albumine rétractile.

Devant l'ensemble de ces symptômes, j'aurais pu croire à une tuberculose pulmonaire, mais m'appuyant sur les antécédents paludéen, du malade, sur l'hypertrophie hépatique et splénique, sur la bilatéralité des mêmes phénomènes, je conclus à une localisation pseudo-tuberculeuse de la fièvre intermittente. Je résolus d'agir comme dans le cas précédent, mais éclairé par ma première observation, je m'attaquai simplement à l'agent infectieux de la mal'aria, sans rien faire contre le bacille de Koch, que j'étais persuadé ne point exister dans ce cas. Je donne la cinchonidine-sulfate (1 gramme par jour), vin de quinquina; j'ajoute 20 grammes de sirop d'ipéca comme décongestif, et j'administre une potion opiacée au polygala contre la diarrhée.

Cinq jours après ce traitement, l'écoulement diarrhéique avait cessé, l'état général s'était remonté; mais les signes stéthoscopiques pulmonaires ne s'étaient point modifiés. Je supprime l'opium.

Au bout de dix jours, l'amélioration s'affirmait de plus en plus. Aux poumons la submatité et la bronchophonie ont sensiblement diminué, la respiration est beaucoup moins rude, les râles se sont évanouis. Je continue la cinchonidine, bien que la température soit tombée à la normale; j'ajoute au quinquina le biphosphate de chaux et la liqueur de Fowler.

Le vingtième jour après le début du traitement, le malade était complètement revenu à la santé. Les nuits bonnes, l'appétit rendu, les fonctions intestinales normales. Plus de toux. A l'auscultation des poumons, l'inspiration et l'expiration se faisaient avec une grande pureté.

Le malade repartait guéri pour son pays. Je ne le revis point avant son départ et ne pus lui prescrire les règles d'hygiène que nécessitait son état.

Quatre mois après, j'appris par hasard qu'il avait succombé à des accès extrêmement violents de fièvres intermittentes; mais je ne pus recueillir aucun autre détail sur ses derniers moments.

OBSERVATION III (personnelle).

Au commencement d'avril 1893, une jeune fille de Tal-Bissé, âgée de douze ans, m'était amenée à la Clinique de Saint François-Régis.

Son père était mort depuis quelques années dans des accès de fièvre intermittente demeurés rebelles à tout traitement. La mère qui l'accompagne a un aspect délicat; son facies terreux, les conjonctives jaunâtres, la rate volumineuse et douloureuse au palper la désignent comme une ancienne paludéenne. Pas d'autres enfants.

Bien qu'étant à l'âge où les filles sont toutes formées sous ces chaudes latitudes, notre petite malade a conservé l'aspect d'une enfant. Elle est dans sa douzième année et cependant on ne lui donnerait guère plus de cinq à six ans, tant sa taille est petite quoique bien proportionnée. Pas de signes de myxœdème; elle est très intelligente. Les règles ne sont pas encore venues. Les seins ne sont point développés, il existe un véritable infantilisme.

Dans les antécédents personnels de la malade, on ne relève aucune affection sérieuse. Elle a contracté il y a trois ans les fièvres intermittentes; mais elle ne subit leur accès que d'une façon très irrégulière; ils cèdent rapidement sous l'influence de la quinine.

Depuis deux mois la maladie a pris une tout autre allure: l'enfant s'étiolait, diminuait de jour en jour, devenait malingreuse. Elle était paresseuse, se lassant vite, inapte à tout travail. Les nuits sont agitées, le sommeil brusquement interrompu par des cauchemars; elle transpire beaucoup et sa mère raconte qu'elle a le corps tout brûlant pendant la nuit. En même temps, toux sèche, fréquente, légèrement quinteuse, s'accompagnant d'un peu de dyspnée.

Lorsque je l'examinais, je fus frappé par sa débilité, sa pâleur, son aspect anémié, son regard éteint, la bouffissure de la face. Elle me raconte qu'elle a des vertiges fréquents, des maux de tête

et des bourdonnements d'oreilles, je constate en plus un léger œdème périmalléolaire.

La langue est chargée ; anorexie ; tympanisme abdominal ; l'estomac n'est pas dilaté, ni diarrhée, ni constipation ; pas de vomissements.

Le foie descend dans l'hypocondre droit sur une étendue de huit travers de doigt.

La matité splénique est énorme : elle envahit presque tout le flanc gauche et se perçoit sur une surface de six travers de doigt. La palpation est douloureuse dans cette région.

Cœur. — La pointe n'est pas déviée, elle bat régulièrement. A l'auscultation, on perçoit dans la région mésocardiaque un souffle mésosystolique doux, rythmée par les mouvements respiratoires, et ne se propageant point. Le pouls est un peu faible.

Poumons. — En arrière : matité aux deux sommets dans les fosses sus-épineuses ; résistance sous le doigt, augmentation des vibrations thoraciques, obscurité du murmure vésiculaire, respiration rude soufflante ; après la toux quelques bouffées de craquements ; un peu de bronchophonie. Rien d'anormal du côté des bases.

En avant : sous la clavicule : submatité bilatérale, pas de bruits de pot fêlé ; augmentation des vibrations thoraciques ; on ne perçoit pas de râles.

Toux fréquente, sèche, quinteuse, les crachats sont jaunâtres et purulents, nageant dans un liquide mousseux, nummulaires non déchiquetés. Jamais d'hémoptysie. Un peu de dyspnée s'observe à la suite.

Température 39°,5 le soir. — 37°5, le matin.

Urine. — Dépôt abondant de phosphate, léger disque d'albumine non rétractile.

Comme dans les deux cas précédents, j'eus peu d'hésitation à porter le diagnostic de localisation pulmonaire de la fièvre intermittente à forme pseudo-tuberculeuse ; je m'appuyais toujours sur les mêmes signes : impaludisme ancien, cachexie, toux sèche, augmentation de volume du foie et de la rate. Je regrette dans ce cas particulier, où les crachats présentaient un aspect tout à fait

caractéristique, de n'avoir pu rechercher le bacille de Koch. L'examen probablement négatif eût apporté une preuve de plus à mes arguments en faveur d'une lésion purement paludéenne.

Mon traitement fut simple : je conseillai l'emploi du sulfate de cinchonidine, du vin de quinquina et de la liqueur Fowler.

L'état général de la petite malade ne tarda point à s'améliorer. En vingt jours, l'embonpoint commençait à revenir, le facies s'éclaircit, l'appétit devient bon, l'enfant recommence à jouer avec ses petites compagnes. Elle repose assez bien la nuit, et sa mère n'est pas obligée de changer son linge comme autrefois ; toutefois aucune modification ne s'est produite localement bien que la toux se soit très amendée. Je ne change rien au traitement.

Dix jours plus tard, c'est-à-dire un mois après ma première consultation, je constate une guérison presque complète. La sonorité des sommets est normale, la bronchophonie a disparu ainsi que tous les autres signes d'auscultation. Les digestions se font bien. Il n'est plus question de toux ou de crachats. Le souffle extracardiaque persiste, mais sans occasionner de gêne. Les muqueuses redeviennent rosées. Le volume de la rate et du foie tend à diminuer, les fonctions intestinales sont normales. La température ne s'élève plus au-dessus de 37°,5. Le dépôt phosphatique des urines a notablement diminué et on ne rencontre plus d'albumine.

Pour achever totalement la guérison, je maintiens encore mon traitement en y ajoutant le tartrate ferrico-potassique et la noix vomique.

Au bout de quarante-cinq jours, sous l'influence de ces médicaments, l'enfant était complètement rétablie et retournait chez elle.

Huit mois après, je revois ma petite malade. Elle se porte très bien, n'a plus ressenti l'influence de la fièvre ; je l'ausculte, je ne trouve rien d'anormal du côté des poumons. Mais physiquement elle s'est à peine développée et garde toujours son aspect de naine.

OBSERVATION IV (personnelle).

Le 18 décembre 1893, *Courgié* de *Ras* âgée de seize ans, vient à la consultation de la clinique de Saint-François-Régis.

Le père et la mère se portent bien quoiqu'ayant eu dans le temps des fièvres intermittentes, ni frères, ni sœurs.

La malade a joui d'une bonne santé pendant son enfance. Réglée à douze ans, depuis six mois seulement les époques menstruelles ne sont pas apparues. Il y a deux ans elle prend la malaria, les accès surviennent chez elle tous les quatre jours. La quinine les espace peu à peu et depuis quelques mois déjà elle n'en a pas ressenti.

Il y a environ cinq mois, l'état général de la malade se mit à périlcliter. Tous les matins un frisson se déclare, disparaît rapidement mais est remplacé par une toux violente. Cette toux très quinteuse brise complètement les forces de la malade et la jette dans un état de faiblesse extrême. Vers le soir seulement un mieux s'établit, la toux diminue et la nuit se passe ordinairement bien, à part cela, transpirations assez abondantes. Des troubles digestifs se sont établis en même temps que ces malaises généraux : Anorexie, perte de l'appétit; pas de vomissements, même après la toux; amaigrissement progressif, état de langueur avancé. Constipation habituelle.

Lorsque la malade se présenta, je la trouvai très anémique : ses muqueuses étaient décolorées, elle accusait des vertiges fréquents, une faiblesse dans les jambes. Le facies est terreux, pas de coloration subictérique des conjonctives.

Langue blanchâtre, sèche; haleine non fétide, pas de dilatation stomacale, ni de météorisme abdominal. Léger prurit anal dû à la présence d'oxyures. Pendant la période digestive, douleurs épigastriques; pas de renvois acides.

Le foie déborde le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt et n'est pas douloureux.

La rate s'observe sur une étendue de douze travers de doigt environ ; la pression y réveille une douleur légère.

Cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace, le rythme est régulier, mais les bruits sont sonores et mal frappés. Le poulx est un peu faible.

Poumons. — En arrière : aux deux sommets, submatité avec résistance sous le doigt ; augmentation légère des vibrations thoraciques ; bronchophonie. A l'auscultation, la respiration s'entend irrégulière, saccadée, à timbre rude. Quelques râles humides, légers craquements, souffle ; rien d'anormal du côté des bases.

En avant : sous les clavicules, les mêmes signes sont observés, mais avec un caractère beaucoup moins net.

Température, le soir 37 degrés ; le matin et dans la journée, le thermomètre oscille autour de 39 degrés.

La malade dit se sentir beaucoup mieux à l'approche du soir ; elle repose calmement la nuit, aussi l'attend-elle avec impatience. Les journées, au contraire, sont mauvaises. Dès le matin, la toux s'installe, la fièvre survient, un malaise général envahit la jeune fille.

Urines. — Le matin leur coloration est normale, l'acide azotique ou la chaleur avec ce dernier décèlent un disque peu épais d'albumine non rétractile. Phosphates abondants. Les urines examinées le soir, et provenant de la sécrétion diurne ont un tout autre caractère : elles sont troubles, rougeâtres, foncées. L'albuminurie et les phosphates s'y montrent en bien plus grande quantité.

Rapprochant ce cas de nos observations précédentes et constatant chez ma malade des symptômes presque similaires à ceux que j'avais déjà remarqués chez mes autres sujets, je n'hésitai point. J'écartai immédiatement toute idée de tuberculose et me ralliai à l'idée d'une forme pseudo-tuberculeuse de la fièvre miasmatique. J'instituai le traitement spécifique ordinaire (sulfate de cinchonidine, 1 gramme par jour ; vin de quinquina et liqueur de Fowler). Je portai un pronostic favorable.

Une modification sensible s'établit au bout de quinze jours. Le facies avait perdu sa teinte terreuse, l'amaigrissement s'était

arrêté, les digestions devenaient faciles, la toux s'amendait; le frisson du matin avait moins d'intensité, les journées étaient bonnes. A l'auscultation, la rudesse de la respiration persiste, mais les râles et craquements ont complètement disparu; on ne perçoit presque plus la bronchophonie; à la percussion on constate qu'au niveau des sommets la submatité est beaucoup moins marquée. Le matin la température ne dépasse plus 38 degrés.

Un mois après la malade était complètement rétablie. L'auscultation la plus minutieuse ne laissait plus entendre les moindres signes pulmonaires, les bruits respiratoires étaient excessivement rares. Les urines sont claires, transparentes, le dépôt phosphatique a presque complètement disparu; il n'y a plus d'albumine. C'est avec un état général parfait, un aspect d'excellente santé, une apprexie complète que la malade peut revenir dans son pays.

OBSERVATION V.

(Service de M. le professeur Teissier, recueillie par
M. J. Artaud, interne du service.)

Lorence M..., vingt-cinq ans, domestique, née à Turin, entre dans le service de M. le professeur Tessier, salle des Troisièmes-Femmes, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 15 juin 1894.

On ne peut obtenir aucun renseignement sur le père et la mère de la malade: elle n'a eu ni frères, ni sœurs. Durant sa jeunesse, elle n'eut pas de maladie grave; on ne trouve chez elle aucune trace de scrofule.

Depuis cinq à six ans, elle dit avoir, de temps à autre, sans cause appréciable, des accès de fièvre durant lesquels, elle éprouve des frissons suivis de transpirations abondantes. Elle habitait à cette époque dans les environs de Turin sur les bords du Pô, dans un pays marécageux. Il y a quatre ans, elle raconte avoir eu une dothiéntérie, il paraît probable que c'était là une manifestation du paludisme. Depuis cette affection elle a gardé une tendance à la céphalalgie qui apparaît surtout sous forme d'hémicranie droite,

survenant tout spécialement à la suite de surmenage et de privations.

On ne relève chez elle aucune trace de syphilis, d'alcoolisme et de rhumatisme.

Elle eut pendant son adolescence les pâles couleurs, ses muqueuses étaient décolorées, elle éprouvait des vertiges et une lassitude générale, les règles n'apparurent qu'à l'âge de dix-sept ans; elles sont depuis venues régulièrement.

Il y a un mois la malade se sentit toute souffrante : la céphalée revenait plus souvent; elle se mit à tousser et eut quelques crachats striés de sang, même une hémoptysie. La toux était très pénible, quinteuse, sèche, survenant surtout la nuit, empêchant la malade de dormir; pas de points erratiques dans le thorax, transpirations nocturnes abondantes.

L'appétit avait notablement diminué, pas de vomissements même après la toux, les digestions sont lentes, difficiles, l'amaigrissement peu considérable, la langue est humide, un peu blanchâtre, légère constipation, pas d'œdèmes des membres inférieurs.

Quand la malade entre dans le service, son aspect général n'est pas mauvais, la coloration de la face est bonne, l'œil vif, non cerné, pas d'abattement ni de prostration.

L'examen du tube digestif ne révèle rien d'anormal, à part les digestions difficiles dont elle se plaint depuis quelque temps déjà, elle n'a pas d'appétit et ne vomit pas.

Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt environ.

La matité splénique se perçoit sur une étendue de 8 centimètres.

Cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace intercostal, les battements sont réguliers, l'auscultation ne perçoit aucun bruit anormal.

Poumons. — *En arrière, à droite* au sommet, submatité franche, résistance sous le doigt, augmentation des vibrations thoraciques, bronchophonie; à l'auscultation on n'entend pas de souffle, la respiration est rude. A la fin de l'inspiration on perçoit

une bouffée de râles sous-crépitants, des craquements et des frottements qui sont également perçus quand on fait exécuter à la malade un mouvement de rotation dans l'articulation scapulo-humérale. Dans le reste du poumon, quelques rares sibilances.

A *gauche* au sommet, submatité et bronchophonie moins marquées qu'à droite, la respiration a moins de rudesse, les râles, craquements et les frottements sont moins intenses. A la fin de l'expiration on entend un léger pialement. Dans le reste du poumon, quelques signes de bronchite généralisée.

En *avant*, sous les clavicules on n'observe aucune modification à la palpation, à la percussion et à l'auscultation.

La toux est fréquente, pénible, quinteuse et sèche; les crachats sont peu abondants, d'aspect purulent, i's n'ont pas été striés de sang depuis l'entrée dans le service.

La température à l'entrée était de 37°,4.

Urines. — Pas d'albumine, d'une couleur jaunâtre et peu chargées.

18 juin. — La malade a été très agitée pendant la nuit, elle a eu des transpirations abondantes, des maux de tête, des cauchemars; elle a toussé davantage. Ce matin elle est toute courbaturée et très lasse, la température est à 39°,3. Le soir, après une journée également mauvaise, la température atteint 40 degrés.

19 juin. — La première moitié de la nuit a été comme la veille, insomnie, céphalée, pas de vomissements. Ce matin, la température est tombée à 37°,3; elle a dormi et se trouve beaucoup mieux.

On donne à la malade une purgation (eau de Sedlitz), de l'arséniate de soude et une préparation de quinquina.

20 juin. — La nuit a été excellente, la malade a très bien dormi, elle a mangé. Ce matin la température est à 36°,8.

Les jours suivants, le mieux persiste, ne dépasse pas 37°,5; les digestions sont faciles, l'état général s'améliore. Les crachats ont perdu l'aspect purulent, la toux a presque complètement disparu.

27 juin. — *Poumons.* — Aux sommets, à droite, en arrière, la sonorité est presque normale ainsi que les vibrations; plus de bronchophonie. La respiration est moins rude, les râles et craque-

ments rares ; pendant le moulinet du bras droit un léger frottement persiste.

A *gauche*, les signes se sont beaucoup amendés. Dans le reste des deux poumons, tout bruit anormal a disparu.

L'examen bactériologique des crachats pratiqué par M. le Dr Freankel a été négatif au point de vue des bacilles de la tuberculose.

29 juin. — La malade va très bien, il ne reste plus dans les poumons qu'un très léger frottement au sommet droit, elle ne tousse presque plus, ne crache pas, ce qui empêche d'examiner à nouveau l'expectoration bronchique.

Aujourd'hui la malade pèse 41 kilogrammes, elle a gagné 2 kilogrammes depuis son entrée dans le service.

L'état général est très bon ; elle mange bien, passe de bonnes nuits ; ne tousse presque plus.

CHAPITRE III

Du type clinique de la maladie.

De la lecture des observations que nous venons de rapporter, le type clinique de la maladie semble se détacher nettement. Si nous résumons les différents symptômes que nous avons trouvés chez nos sujets, nous arrivons à constituer une maladie qui se présente avec des signes bien caractéristiques.

Les malades chez lesquels se développe la pseudo-tuberculose d'origine palustre sont presque toujours des enfants de paludéen. Nous avons trouvé des antécédents de paludisme grave ayant entraîné la mort chez les parents de plusieurs de nos sujets (obs. II et III).

Les antécédents personnels n'ont rien présenté de bien caractéristique. Tous, sans exception, sont paludéens depuis déjà plusieurs années et la forme du paludisme est variable. Nous n'avons pas relevé de maladies graves antérieures ayant pu favoriser des localisations pulmonaires ; ce ne sont pas des touseurs, ils ne s'enrhument pas les hivers, n'ont pas la poitrine délicate.

L'envahissement des poumons ne se fait point au début de l'infection palustre ; la fièvre intermittente s'est révélée déjà par de nombreux accès. Puis elle semble guérie : le malade reste quelques mois dans un état de santé relativement bon, se croit remis, quand tout à coup surviennent ces accidents qui ont fixé notre attention.

La teinte jaunâtre des téguments, la bouffissure de la face, la mélanodermie s'établissent ou s'accroissent. Quelquefois cependant, le visage reste frais, avec toutes les apparences de la santé, comme dans l'observation qui nous a été communiquée par M. le professeur Teissier. En même temps, un adynamisme général s'empare du malade ; il devient paresseux, inapte à tout travail, dégoûté de ce qui l'entoure ; l'appétit disparaît, un amaigrissement progressif s'établit. Le sommeil est troublé par des cauchemars, des transpirations abondantes. Des troubles digestifs surviennent ; l'état saburral de la langue indique la difficulté des digestions, qui sont toutes pénibles. Parfois des vomissements, rarement spontanés, plus ordinairement provoqués par la toux, augmentent encore l'affaiblissement général. On peut rencontrer une légère dilatation stomacale (obs. II), un peu de météorisme abdominal, de la diarrhée (obs. II).

Le foie est toujours sensiblement hypertrophié.

La matité splénique occupe une étendue plus ou moins considérable.

Au cœur, nous n'avons jamais d'altération organique. Les battements seraient un peu faibles, mais il n'y a pas d'irrégularité. Nous avons constaté deux fois un souffle extra-cardiaque (obs. II et III).

Poumons. — Chez tous nos malades, les symptômes

pulmonaires du début, de la période d'état, de la convalescence ont été les mêmes.

En arrière. — Aux deux sommets, submatité dans les fosses sus-épineuses parfois très accentuée; résistance sous le doigt; bronchophonie et augmentation des vibrations thoraciques. La respiration est rude, souvent soufflante, s'accompagnant de râles sous-crépitaux, de craquements, de frottements, en plus ou moins grande abondance. Dans le reste des poumons, on peut observer des signes de bronchite généralisée, gros râles, sibilance, etc.

En avant. — Sous les clavicules, on entend tantôt des signes analogues très atténués, tantôt absolument rien d'anormal. Nous n'avons jamais trouvé de bruit de pot fêlé. Un des symptômes les plus caractéristiques et aussi les plus pénibles pour le malade est la *toux*. Cette toux est continue, mais s'exaspère surtout vers le soir pour atteindre son maximum d'intensité dans le courant de la nuit. Elle est sèche, quinteuse, secoue affreusement le malade, empêchant son repos nocturne, et se complique d'une expectoration plus ou moins abondante. Les crachats sont en général spumeux, aérés; nous les avons trouvés purulents, nummulaires (obs. III) et en plus striés de sang (obs. V). Les hémoptysies peuvent se rencontrer (obs. I et V). La dyspnée s'observe en général; elle est légère et provoquée surtout par la fatigue et les efforts de toux. Les points thoraciques errants et les névralgies intercostales sont fréquents. Les troubles psychiques, quand ils existent, consistent en cauchemars, subdélirium, toujours nocturnes. Quelque troubles visuels et vertiges.

Un léger œdème péri-malléolaire peut se rencontrer vers la fin du jour.

La température est essentiellement variable, quelle qu'ait été l'intensité de l'affection, si des accès francs de fièvre intermittente n'éclatent point, nous ne la voyons jamais dépasser 39°,5 ; elle ne descend guère au-dessous de 37 degrés. Le maximum s'atteint ordinairement le soir et coïncide avec le malaise général qui augmente à ce moment, le matin la rémission de tous les signes se produit, la journée est meilleure, toutefois, il est des exceptions à la règle : c'est ainsi que chez la malade de l'observation IV, les nuits étaient bonnes et l'apyrexie apparaissait le matin, augmentait dans le courant du jour et tombait vers le soir.

Les urines accompagnent l'état général : celles du matin sont fébriles, rougeâtres, foncées, troubles, renferment toujours un dépôt phosphatique abondant et presque constamment un disque d'albumine. Les urines de la journée sont plus claires et les substances pathologiques en moins grande quantité.

Tous ces symptômes peuvent se rencontrer au cours de la maladie que nous décrivons, mais à des degrés bien différents suivant les individus. Un type clinique aussi complet que celui dont nous venons de parler est rare, aussi faudra-t-il examiner avec soin son malade dans les moindres détails, savoir par les antécédents, surtout l'ensemble des faits, poser son diagnostic. On comprend toute l'importance de la connaissance de cette affection au point de vue pronostic et traitement. L'un et l'autre seront différents, si on a su reconnaître la cause première de la lésion pulmonaire. On pourra rassurer l'entourage du

malade s'il s'agit d'un paludéen et faire cesser les symptômes par un traitement approprié. S'il s'agit au contraire d'un tuberculeux, on comprend que tout sera changé, non seulement pour le malade mais encore pour ses descendants qui seront toujours menacés de devenir la proie du bacille de Koch.

CHAPITRE IV

Diagnostic et pathogénie.

Il semble tout d'abord facile de faire le diagnostic entre la maladie qui nous occupe et les autres affections pulmonaires qui peuvent survenir chez les paludéens. Mais quand on réfléchit aux symptômes que nous avons trouvés chez nos malades et à ceux qui peuvent se développer dans le cours des autres localisations sur les voies respiratoires, on se rend compte que la distinction ne s'établit point sans difficulté.

Dans ce cas particulier, il ne s'agit pas d'une malaria nette avec ses trois stades pathognomoniques: Frisson, chaleur, sueur. Nous savons en effet, que lorsque la détermination pulmonaire s'établit, la fièvre intermittente franche semble guérie. En présence des symptômes locaux et même généraux que nous avons énumérés dans le chapitre concernant la description de la forme clinique, il semble que nous ayons affaire à une affection indépendante de la fièvre tellurique. Sans revenir ici sur les si-

gnes qui nous permettent d'établir notre diagnostic, nous rappellerons qu'il faudra examiner avec soin les antécédents du malade au point de vue palustre ; vérifier l'hypertrophie de la rate et du foie ; examiner la teinte des téguments souvent jaune terreuse et fortement pigmentée ; la bouffissure du visage, le dépôt phosphatique des urines, la toux sèche ; les crachats rares, spumeux non striés de sang.

Ceci nous paraît assez précis. Mais nous avons un amaigrissement considérable et progressif ; des transpirations nocturnes abondantes, un état d'alanguissement de cachexie, des troubles anémiques qui nous font faire de graves réserves en faveur de la tuberculose. Tout cela augmente notre doute une fois que nous avons examiné les poumons.

Tout comme dans la tuberculose, nous trouvons du côté des sommets une submatité avancée, des râles et des craquements, des modifications de la voix et des bruits respiratoires, mais ici les lésions sont généralement bilatérales et de même intensité de chaque côté. Nous ne rencontrons point comme dans la phtisie les signes beaucoup plus marqués d'un côté que de l'autre.

Dans la tuberculose, les sujets en général sont prédisposés héréditairement ou placés dans des conditions hygiéniques favorables au développement des bacilles de Koch et sont porteurs de ces signes que les anciens cliniciens appelaient présomptifs : Finesse de la peau, doigts hippocratiques, etc. Ils ont souvent présenté des manifestations précoces de la maladie telles que adénites et ostéites spécifiques, dilatation de l'estomac, phénomènes neurasthéniques, albuminurie transitoire, enfin le soir température

un peu élevée (38 degrés, 38°,2) sans cause apparente.

Dans la forme pseudo-tuberculeuse de la fièvre intermittente, tous ces signes sont remplacés par les manifestations ou antécédents paludéens.

Là où le diagnostic devient très difficile, c'est lorsque une tuberculose affecte le type palustre surtout au point de vue de la température ; dans ce cas le microscope seul pourra trancher le différend.

Mais là où la difficulté est extrême, c'est lorsque l'une des deux affections vient se greffer sur l'autre. Toutes deux alors se compliquent mutuellement, leurs symptômes marchent en parallèle et il faut bien se garder de tomber dans l'erreur en méconnaissant l'une ou l'autre de ces deux infections. Dans ce cas particulier, le traitement nous sera d'un précieux secours pour éclairer le diagnostic : si la quinine, la cinchonidine, les préparations de quinquina et les arsénicaux amènent une amélioration dans l'état *général* et *local*, le pronostic s'éclaire ; on peut affirmer la prompte disparition des phénomènes pulmonaires. Si au contraire aucun changement ne survient, et que sous l'influence de l'huile de foie de morue, de la créosote, des toniques etc., nous obtenons une amélioration dans l'état général, les phénomènes *locaux* se modifiant peu ou passagèrement, alors il faudra porter un pronostic grave, et nous serons en présence de la tuberculose pulmonaire.

Mais si, sous l'influence de l'un ou l'autre de ces traitements, une partie des symptômes s'amende, les autres persistent, alors nous serons en présence des deux maladies sur le même terrain, et notre pronostic sera grave, toutes deux s'aggravant mutuellement.

Dans tous les cas, pour plus de certitude, nous ne sau-

rions trop insister sur l'utilité de l'examen microscopique. Quelle que soit la difficulté de se procurer et de conserver les matériaux nécessaires à la recherche et à la coloration des micro-organismes, il faudra toujours chercher même dans les pays les plus éloignés, à se mettre dans les meilleures conditions possibles pour effectuer cette recherche. Il faudra trouver les hématozoaires de Laveran dans le sang du malade pour être certain de l'origine paludéenne de l'affection. Il ne faudra point non plus négliger la recherche du bacille de Koch qui, par sa présence, éclairera le diagnostic et sera une indication précieuse pour le traitement. Nous rappellerons en quelques lignes le manuel opératoire de ces deux examens.

Mais voyons d'abord sous quelles formes peuvent se présenter les parasites de la fièvre intermittente.

L'hématozoaire de Laveran ou du paludisme se présente sous quatre types :

1° *Corps sphériques*. — Ils sont les plus communs dans tous les types de fièvre. Ils sont animés de mouvements amiboïdes, hyalins, incolores, de 1 à 8 centimètres de diamètre et privés de noyaux. Ils se trouvent libres dans le plasma ou accolés, au nombre de deux, trois ou quatre aux hématies et vivant à leurs dépens, de sorte qu'à la longue, elles pâlisent et disparaissent. Pour Marchiafava et Celli, ces hématozoaires vivent dans l'intérieur des hématies. Dans le sang frais, leur contour est marqué par une ligne très fine, tandis qu'ils ont un double contour dans les préparations fixées par dessiccation.

On observe quelquefois des boules sarcodiques sur les bords. Les plus petits des éléments ne contiennent pas de grains de pigments ou n'en ont qu'un ou deux ; dans les

corps amiboïdes plus volumineux, le nombre des grains augmente et ils se disposent en couronne régulière.

Au bout d'une demi-heure ou trois quarts d'heure, les éléments amiboïdes perdent leur mobilité.

Ce sont ces corps sphériques qui se rencontrent le plus souvent seuls ou associés aux autres types et surtout dans les cas aigus et non traités.

2° *Flagella*. — Ce sont des filaments mobiles, accolés aux bords des corps sphériques ou libres; longs de 21 à 28 millimètres; ils sont moins fréquents que les précédents auxquels ils peuvent s'associer, et ne deviennent visibles que quinze à vingt minutes après leur sortie du sang qu'ils intoxiquent comme le précédent, dans les cas aigus et non traités.

3° *Corps en croissant*. — Ils sont très fréquents dans les formes chroniques. Ils se présentent sous forme d'éléments effilés incurvés à leurs extrémités, d'une longueur de 8 à 9 μ , d'une largeur de 2 μ . A leur partie moyenne, on trouve une accumulation de pigments noirs, qui pour Laveran, ne seraient autre chose que des hématies envahies par des hématozoaires.

4° *Corps en rosace ou segmentés*. — Laveran les considéra d'abord comme des formes régressives du corps sphéroïque; mais leur description a surtout bien été faite par Golgi en 1886 et 1889. Ce sont des éléments sphériques, pigmentés au centre, régulièrement segmentés en secteurs. Ceux-ci finissent par se désagréger et devenir libres, se transformant en petits corps sphériques et amiboïdes.

Technique pour l'examen des hématozoaires.

— Il faut savoir que les hématozoaires sont en grand nombre un peu avant les paroxysmes, et à leur début. Aussi faudra-t-il choisir de préférence un de ces moments pour recueillir le sang par une piqûre à la pulpe digitale. On pourra aussi, par une ponction capillaire aseptique, retirer quelques gouttes de sang de la rate où abondent les flagella. Ne pas oublier que le liquide sanguin doit être pris chez un paludéen n'ayant pas été soumis au traitement spécifique, depuis déjà longtemps.

Le sang recueilli sera porté sur une lamelle, très étalé et recouvert par le couvre-objet qu'on aura soin de luter à la paraffine pour éviter les courants. Si la température est basse, la platine chauffante sera nécessaire pour bien voir les parasites. Malgré des soins minutieux la recherche de ces organismes est délicate : il faut souvent plusieurs préparations avant de pouvoir trouver les hématozoaires. Laveran les colore au bleu de méthylène. Roux, dont nous indiquons la technique, emploie un autre procédé.

a) Placer la lamelle portant le sang desséché dans un mélange contenant parties égales d'alcool absolu et d'éther pour fixer les éléments.

b) Plonger la lamelle pendant trente secondes dans une solution d'éosine à l'eau.

c) La laver à l'eau et la sécher.

d) La placer pendant une minute dans une solution aqueuse de bleu de méthylène.

e) Laver et sécher de nouveau, puis monter la préparation dans le baume du Canada ¹.

¹ Charcot et Bouchard, *Pathologie interne*, 1891.

L'examen microscopique ne devra pas se borner à la recherche des hématozoaires de Laveran, il faudra rechercher avec soin dans les sécrétions pulmonaires des malades le bacille de la tuberculose.

Nous rappellerons que ce bacille est immobile, que sa forme est celle d'un bâtonnet très grêle dont la longueur égale le tiers d'un globule sanguin. Ces caractères, le distinguent de tous les autres microorganismes, il n'aurait d'analogie, comme le disent Cornil et Babes, qu'avec celui de la lèpre. Certains bacilles tuberculeux sont pourvus de grains, qui sont sans doute des spores ; on trouve également des spores libres dans les préparations.

Procédé de coloration des bacilles de Koch dans les crachats. — Il faut avoir les quatre solutions suivantes :

Solution	I	{ Fuchsine diamant gros cris-
		taux rouge magenta. . . 10 gr.
		Alcool absolu 100 gr.
Solution	II	: Acide phénique 25/1000.
Solution	III	{ Bleu de méthyle B. C. . . 3 gr.
		Eau distillée 100 gr.
Solution	IV	: Acide sulfurique 40/100.

A moment de procéder à une coloration, il faut faire les deux mélanges suivants :

Mélange A	: Solution	I	: 1 centimètre cube.
—	Solution	II	: 10 centimètres cubes.
Mélange B	: Solution	III	: 5 — —
—	Solution	IV	: 5 — —

Ces mélanges sont reçus dans de légers verres de montre ; on les fera chauffer sur une lampe à alcool sans toutefois les porter à l'ébullition.

Les crachats sont étalés et séchés sur des lamelles couvre-objet; on dépose ces lamelles pendant deux minutes à la surface du mélange A. Lavage rapide à l'eau distillée. Puis on les porte dans le mélange B où on les laisse pendant une minute ou une minute et demie. Nouveau lavage à l'eau distillée.

Si les préparations sont très violettes, on les trempe rapidement dans l'alcool; une fois séchées, on les moule dans le baume du Canada.

Si on peut le faire, il ne faudra pas s'en tenir simplement à cet examen. On pourra inoculer les crachats à des cobayes et voir si des lésions tuberculeuses s'établissent.

Pour le diagnostic avec les autres affections pulmonaires d'origine paludéenne, nous renverrons aux auteurs que nous avons signalés dans la partie historique de notre travail. On y trouvera, tout spécialement dans la thèse de Grasset, les formes qui pourraient être confondues avec la pseudo-tuberculose dont nous venons de donner la description. Il faudra avoir soin de discuter la présence d'une bronchite, aiguë ou chronique, plus ou moins généralisée, d'une pleurésie, d'une pneumonie, etc.

Pathogénie.

Comment maintenant pouvons-nous expliquer cette lésion pseudo-tuberculeuse du poumon au cours de la fièvre palustre? De quelles causes relèvent les symptômes rencontrés chez nos différents malades?

Faut-il voir, dans la pseudo-tuberculose d'origine

palustre un état congestif dû à l'accumulation pigmentaire des sommets pulmonaires analogue à celui que décrit Frerichs dans le foie paludéen ?

On pourrait le supposer en voyant que cet auteur avait déjà remarqué que « le pigment noir existe ordinairement en grandes quantités dans les capillaires des poumons ». Il faudra alors qu'il pénètre en forte proportion dans le courant circulatoire. Ceci explique pourquoi les phénomènes pulmonaires n'apparaissent que chez d'anciens paludéens après de nombreux accès et une fois que la glande hépatique et la rate sont envahis complètement par la production pigmentaire. D'ailleurs le pigment étant porté par le sang, on le trouve partout où ce liquide pénètre. La rétention des particules pigmentaires est d'autant plus facile que les capillaires sont plus étroits. Ceux des poumons étant très nombreux et de calibre très exigü, on comprend que l'accumulation soit là plus parfaite.

Ce pigment constitué par de petits granules irréguliers, isolés ou réunis en groupes, d'une coloration variant du brun au noir provient comme l'a démontré M. Kelsch, il y a quelques années, de la destruction globulaire dans le sang. La découverte de Laveran a montré que cette destruction globulaire est due à un parasite spécial, un hématozoaire. Ce germe agit sur le sang en détruisant l'hémoglobine ; il la détruit à son profit et le produit de sa destruction mettrait en liberté la matière pigmentaire du sang.

Ceci dit, voici comment nous concevons la pathogénie de la pseudo-tuberculose d'origine palustre. Nous admettons avec Broussais que le frisson agit sur les téguments comme le froid extérieur. Sous l'influence de ce refroidis-

sement, le liquide sanguin reflue vers les viscères et les congestionne. Le poumon ne fait point exception à la règle commune et la congestion se produit dans cet organe tout comme dans la glande hépatique et la rate. Or, nous savons que c'est surtout au moment de l'accès que le sang renferme la plus grande quantité de substance pigmentaire : celle-ci s'accumulera donc dans les capillaires du parenchyme pulmonaire au moment de la congestion produite par le frisson, y produisant soit une obstruction et irritation totale, soit une diminution du calibre de ces vaisseaux. A un moment donné, l'accumulation du pigment sera telle qu'une *congestion extrêmement intense* se développera dans les sommets ; *c'est alors que cette lésion nous donnera à la palpation, à la percussion et à l'auscultation, les signes d'une véritable induration*. N'ayant point d'autopsie à apporter, nous nous rallions plutôt à l'idée d'une congestion intense qu'à l'opinion d'une sclérose, devant la disparition lente, mais progressive des symptômes. Ceci est confirmé par M. Kelsch qui démontre que le pigment reste intra-vasculaire et ne pénètre pas les éléments de l'organe. Les parties nobles du poumon resteront donc saines, et les modifications qui seront apportées dans l'organe seront dues à des influences extérieures : troubles de la circulation produits par les lésions des parois vasculaires et la congestion due au reflux du sang.

Le traitement a donc une action directe sur les lésions qui nous occupent. Le pigment, s'accumulant seulement dans les vaisseaux, y arrivera d'autant plus abondant que l'hématozoaire de Laveran se développera sans obstacle dans le torrent circulatoire. De là les phénomènes plus ou moins marqués que nous trouverons aux sommets des

poumons, suivant que la cause première de la production de ce pigment sera combattue ou non. Quand les vaisseaux reprendront leur calibre et leur structure normaux, les éléments nobles, les cellules, n'ayant subi aucune altération fonctionneront sans modification aucune.

Nous insisterons donc sur la nécessité d'établir un traitement énergique de la fièvre paludéenne, dès ses premières manifestations. Il faudra détruire l'hématozoaire par la quinine ou la cinchonidine le plus rapidement possible, sinon on s'exposera à les voir augmenter de nombre à chaque accès. Leurs formations pigmentaires deviendront, par contre, extrêmement abondantes, provoquant les lésions que nous avons signalées.

C'est pourquoi nous constatons, chez tous les malades de nos observations de longues années déjà d'infection paludéenne. Le germe a pu envahir peu à peu le sang et obstruer par ses productions pigmentaires les capillaires des organes splanchniques.

Pourquoi, dans certains cas, les symptômes pulmonaires au lieu d'occuper toute l'étendue des poumons, comme l'avaient remarqué beaucoup d'auteurs, se localisent-ils uniquement dans les sommets comme nous l'avons remarqué tout spécialement? C'est là une question que nous ne saurions définitivement résoudre. Nous sommes très porté à admettre chez ces individus une prédisposition particulière de cette région qui crée un *locus minoris resistentiæ*.

CHAPITRE V

Pronostic et traitement.

On comprend sans peine que le diagnostic une fois posé, le pronostic sera clairement indiqué. Si, à l'aide des moyens que nous avons recommandés, nous acquérons la certitude d'être en présence d'une tuberculose vraie, on comprendra toute la gravité de notre pronostic. Mais qu'au contraire, nous ayons diagnostiqué une lésion pulmonaire pseudo-tuberculeuse d'origine paludéenne, notre pronostic s'éclairera, deviendra favorable. Nous pourrions toujours prédire à notre malade une prompte guérison de ses phénomènes bronchiques, si l'intoxication palustre n'est point trop ancienne, l'état local pas trop avancé, et la cachexie palustre non encore complètement établie. Il ne faudra point toutefois, en présence d'un état général grave, désespérer d'une façon absolue : le pronostic, tout en s'assombrissant, ne sera point pour cela fatal, et le traitement approprié pourra donner d'heureux résultats.

Sans insister autrement sur la terminaison de cette

affection, il nous reste encore à esquisser largement le traitement qu'il faudra établir. La base de la médication sera toujours la *quinine* et l'*arsenic associés*. Nous nous sommes toujours très bien trouvé de l'emploi des préparations de quinquina, données simultanément avec la liqueur de Fowler fraîchement préparée, ou mieux encore l'arséniate de fer. Nous prescrivions également contre les accès, le sulfate de cinchonidine de préférence au sulfate de quinine, son action est sensiblement la même comme antithermique. Ce médicament présente encore l'avantage de ne point occasionner de désordres gastriques, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, etc. De plus, ce qui n'est point à dédaigner dans nos pays où la maladie sévit surtout dans la classe pauvre, son prix est bien inférieur à celui de la quinine¹.

Il ne faudra point négliger le traitement général, prescrire les fortifiants, le laitage, une alimentation saine et une hygiène appropriée. Le changement de climat pourra dans certaines circonstances donner de fort bons résultats.

¹ Le kilogramme de cinchonidine revient à 12 francs, celui de quinine Pelletier ne pouvant être acquis à moins de 80 francs.

CONCLUSIONS

De tout ce que nous venons de dire sur la pseudo-tuberculose d'origine paludéenne, après avoir sérieusement médité les observations qui ont fait la base de notre étude, nous nous arrêtons aux conclusions suivantes :

I. Parmi les lésions pulmonaires observées par les auteurs au cours du paludisme, aucune n'a été nettement localisée dans les sommets.

II. La fièvre intermittente détermine dans certains cas des phénomènes pseudo-tuberculeux dans les sommets pulmonaires, s'accompagnant d'un état général plus ou moins grave.

III. Le pronostic de cette affection est généralement favorable.

IV. Les symptômes généraux et pulmonaires disparaissent assez rapidement sous l'influence de l'arsenic et des préparations de quinquina associés.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TEISSIER.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES

TABLE

INTRODUCTION.	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	11
CHAPITRE II. — Observations.	19
CHAPITRE III. — Du type clinique de la maladie.	35
CHAPITRE IV. — Diagnostic et Pathogénie.	40
CHAPITRE V. — Pronostic et Traitement	51
CONCLUSIONS	53

